BEITRAG ZUR DIAGNOSTIK DER GUMMÖSEN GESCHWÜLSTE.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE

VERFASST

UND DER

HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

KÖNIGL. MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT ZU WÜRZBURG

VORGELEGT

VON

WILHELM H. KRETZSCHMAR,

APPROB. ARZT

AUS

DRESDEN.

DRESDEN,

DRUCK VON C. HEINRICH.

1884.

REFERENT:

HERR HOFRATH PROF. DR. MAAS.

Beitrag zur Diagnostik der gummösen Geschwülste.

Kein Geringerer als v. Langenbeck selbst hat in seinem Vortrag, gehalten auf dem IX. Chirurgencongress zu Berlin im April 1880 (Langenbeck's Archiv XXVI 1881, pag. 265) auf die Bedeutung hingewiesen, die den gummösen Geschwülsten vom Standpunkte des Chirurgen aus zukomme wegen ihrer leicht stattfindenden Verwechslung mit anderen Tumoren maligner Natur, besonders Carcinomen oder Sarkomen, und wegen der aus diesem Irrthum resultirenden folgeschweren, falschen Behandlungsweise auf operativem Wege; und zum Beweis hierfür bespricht er eine Reihe von ihm zur Beobachtung gekommener Geschwülste, deren Symptome sich durch Nichts von denen bösartiger Neubildungen unterschieden und die sich doch in der Folgezeit als Gummata herausstellten und durch eine antisyphilitische Kur zur Heilung, respektive zur Verkleinerung und Rückgang gebracht wurden mit Ausnahme der beiden letzten Fälle, die einer Operation unterworfen wurden, von denen der Eine geheilt wurde, der Andere zur Obduction kam. — Auch sonst finden sich an anderen Stellen in der Literatur zahlreiche Fälle, die theils diesen diagnostischen Fehler als solchen behandeln, theils auf denselben zurückzuführen sind: Zu den Ersteren gehören unter Anderen hierher die Mittheilungen von Prescott C. Hewett (Transaction of the clinical society of London 1873, Vol. VI, pag. 43) — bei dem es sich um eine Geschwulst an der Innenseite des Oberschenkels handelt, — Sydney Jones (Pathologic. Transactions, Vol. VII, pag. 346) — eine Geschwulst an der Schulter, wegen der die Resection der Clavicula vorgenommen wurde und die sich mikroskopisch

als Granulom darstellte, — Besnier (Ann. de dermat. 2 S. II, pag. 637, 1881. — Differentialdiagnose zwischen Lymphadenome, Sarkome und Granulome — und Andere; zu den letzteren gehören vor Allem alle die Fälle, in denen carcinomatöse Neoplasmen durch eine allgemeine oder locale Jodkalibehandlung geheilt worden sein sollen: denn heut zu Tage dürfte wohl Niemand mehr die Meinung hegen, dass derartige maligne Tumoren einer solchen Therapie zugänglich wären, vielmehr sind eben offenbar die erwähnten Carcinome den syphilitischen Geschwülsten zuzuzählen gewesen.

Auch auf der Klinik des Herrn Hofrath Prof. Dr. Maas sind mehrfach derartige Tumoren zur Behandlung gekommen, die zuerst als Sarkome oder Carcinome diagnosticirt wurden und die sich späterhin als Gummata dargestellt haben. Ehe wir jedoch auf diese eingehen, mag Einiges über die gummösen Geschwülste und ihre Differentialdiagnose vorausgeschickt werden.

Ueber die Aetiologie des Gumma (Granulom oder Syphilom, wie Wagner die Geschwulst nennt) können wir wohl rasch hinweggehen; es ist bekannt, dass es specifisch syphilitischer Natur ist und nur auf syphilitischer Basis sich entwickeln und erhalten kann; doch entspricht sein Erscheinen nach Virchow keiner bestimmten Periode der syphilitischen Erkrankung, im Gegensatz von v. Bärensprung, der sie ein für alle Mal der tertiären Periode zutheilte und in ihnen das pathognomonische Product zu erkennen glaubte.

Was den histologischen Bau der Gummigeschwulst anlangt, so zeigt dieselbe die vollste Uebereinstimmung mit dem indurirten Grund des Schankergeschwüres und wird vor Allem durch ihr granulirendes Gewebe mit Neigung zu fettigem Zerfall charakterisirt. Virchow (die krankhaften Geschwülste, Bd. II, pag. 388) rechnet sie im Allgemeinen zu den Bindegewebs- oder bindegewebsartigen Geschwülsten, von deren regelmässigen Arten sie sich wesentlich dadurch unterscheiden, dass sie selbst in ihrem entwickelten Zustande keine reife Bindesubstanz, noch ein Analogon davon darstellen, sondern überwiegend aus Elementen transitorischer Art bestehen, und dass der Zerfall, das Untergehen, das

Erweichen und Ulceriren der regelmässige und nothwendige Beschluss ihrer Existenz ist. Ihre erste Entwickelung entspricht vollständig dem Bildungsgang der Granulation; ihre weitere Ausbildung geschieht in zwei Richtungen: Entweder überwiegt die Zellenbildung (Proliferation) und dann wird die Intercellularsubstanz schnell weicher, gallertig, schleimig oder flüssig; die schmelzende Masse wird puriform, bricht auf und ulcerirt (Unterhautgewebe) oder sie bleibt gallertig und cohärent (Beinhaut). Oder aber die Zellenbildung bleibt beschränkt, die Intercellularsubstanz vermehrt sich, die Zellen behalten den spindel- oder sternförmigen Charakter des Bindegewebes, oder erreichen die runde Form der Granulationszellen; dann verfetten sie und es bildet sich der gelbe trockne Knoten der inneren Organe. In dem ersten Fall gleicht der Process mehr den heteroplastischen Vorgängen der Eiterung, der markigen (medullären) Formen des Krebses oder des Sarkoms, im letzteren mehr den hyperplastischen Vorgängen der Sklerose, sowie den fibrösen (fibroplastischen) Formen der Geschwülste (Virchow's Archiv XV, 1859, pag. 323). Welche Form des Gummigewächses, ob die fibröse, die markige, die gallertige oder die käsige Varietät, auftritt, richtet sich bei der Fähigkeit desselben, sich überall im Körper zu etabliren, natürlich ausserordentlich nach der örtlichen Verschiedenheit des Muttergewebes und daraus erklärt sich zum Theil auch, dass die Gummata mit einer ganzen Anzahl von malignen Neoplasmen eine Verwechslung erleiden können. Wir kommen darauf wieder zurück.

Was die klinische Geschichte des Gumma im Allgemeinen anlangt, so theilt Alfred Fournier, der Schüler und Nachfolger Ricord's, in seiner Studie „Etude générale de la gomme (Gaz. hébdom. de méd. et de chir., No. XXVI)" dieselbe ein in vier Perioden:

1. Periode des Entstehens. Das Gumma entwickelt sich ohne Entzündung als ein scharf umschriebener, rundlicher oder abgeplatteter Knoten von derber Consistenz, welcher nicht schmerzt und sehr langsam wächst.
2. Periode der Erweichung mit consecutiver Entzündung der Nachbarschaft. Das Gumma erweicht sich, wird

fluktuirend, aber wenn man einschneidet, fliesst Nichts aus. Nach der Erweichung entzündet sich das umgebende Gewebe, besonders aber die Hautdecke und endlich erfolgt der Durchbruch.

3. Periode der Ulceration. Durch die entstandene Oeffnung tritt nur wenig Flüssigkeit aus, demzufolge der Tumor auch nicht viel kleiner wird. Die Ränder der Oeffnung zerfallen schwürig. Es bildet sich ein Krater, innerhalb dessen man das brandige, dem Fleisch des Kabeljau ähnliche Gewebe erblickt. Diese Gewebsmasse wird allmählich eliminirt. Es entsteht die gummöse Caverne, welche sich auf Kosten der Ränder immer erweitert, bis endlich ein Geschwür mit steilen Rändern, unebenem buchtigem Grunde zum Vorschein kommt, welches mit einem weisslichen Schorfe bedeckt, mit Fetzen modificirten Gewebes besät ist und ziemlich stark eitert.
4. Periode der Vernarbung. Sie dauert eine verschieden lange Zeit; die Narbe ist deprimirt und verschwindet nie.

Dauer: Wenigstens 3—4, durchschnittlich 6—8 Monate; die Verschiedenheiten derselben hängen vorzugsweise von der Dauer der beiden ersten Perioden ab.

Varietäten:

1. Das Gumma erzeugt Schmerzen, wenn es einen Nerven befällt oder comprimirt.
2. Bewirkt es durch seine Lage und durch sein Volumen Funktionsstörungen.
3. Gewöhnlich ist das Gumma solitär oder in 2, 3, 4 Exemplaren vorhanden.
4. Die Durchschnittsgrösse ist die einer Nuss, doch sind Gummata von der Grösse eines halben Kindskopfes und darüber gesehen worden.

Natürlich weicht der Verlauf der einzelnen Gummigeschwülste von diesem typischen Bild erheblich ab je nach dem Sitz, wo sie sich etablirt haben, und nur ein Theil derselben haben für den Chirurgen wegen ihrer Diagnostik, unserem Ausgangspunkte, Interesse; es sind dies die Gummata der Haut (gummöse Syphilide), der Knochen und der Muskeln, sowie

einzelner drüsiger Organe, wie Hoden, Eierstock und Brustdrüse. Es sei gestattet, auf diese specielleren Gummigeschwülste in Kürze einzugehen, ohne Rücksichtnahme auf vorausgegangene Stadien der syphilitischen Erkrankung.

A. Fournier theilt die Gummata der Haut ein, je nach ihrer Entwickelung in „trockene" und „ulcerirende" und spricht sich in seiner Schrift „Des syphilides gommeuses" (Gaz. hébdom. de méd. et de chir. No. XXIX) folgendermassen über sie aus:

I. Trockene gummöse Syphilide, erbsengrosse, solide, in die Haut eingesprengte Knötchen, welche nicht zerfallen, sondern atrophiren und eine Narbe zurücklassen. Die durch die Knötchen emporgehobene Haut ist kupferroth, schaut wie lackirt aus. In diesem Zustand bleiben die Knötchen sehr lange, ohne locale Störungen zu verursachen. Endlich fängt die Haut an, sich abzuschuppen (zuweilen entstehen dünne Krüstchen), die Knoten werden kleiner und verschwinden nach mehreren Monaten bis über ein Jahr gänzlich mit Zurücklassung einer Narbe, welche durch interstitielle Resorption der Cutis entstanden ist.

Sie kommen entweder zerstreut über den ganzen Körper vor und sind dann ziemlich voluminös oder sie sind auf eine gewisse Region concentrirt und bilden daselbst Kreise, Ringe und Halbkreise oder mehrere concentrische Kreise mit centrifugaler Entwicklung, d. h. das Centrum ist oft schon vernarbt, während die umgebende Zone erst im Entstehen begriffen ist. — Am häufigsten kommen sie im Gesichte vor und zwar an den Nasenflügeln, der Stirne, den Lippen, den Augenbrauen. Sehr häufig finden sie sich am behaarten Kopf, im Barte und an den Ohren. In der Häufigkeitsscala folgen dann der Rücken, die Gegend des Deltamuskels, die hintere Seite des Vorderarms, die unteren Extremitäten, der Hals, die Rückenfläche der Hände.

II. Ulcerirende gummöse Syphilide. Sie sind im Beginn nicht von der ersten Form verschieden und kommen auch fast an denselben Orten vor.*)

*) Ausserdem aber auch an den Genitalien selbst, an dem Präputinum, der Eichel, den Labien, der Portio etc., was hinsichtlich einer Verwechslung mit den primären syphilitischen Formen zu beachten ist.

Der ulcerative Process vollzieht sich wie bei den subcutanen Gummata mit dem Unterschiede, dass diese sich selten mit einer Kruste bedecken, während jene sehr frühzeitig eine gelblich-grüne compakte Borke bekommen, welche aus verschiedenen muschelartig geordneten Etagen besteht und in die Ränder des Geschwürs eingefalzt ist. Das ulcerirende gummöse Syphilid ist höchst indolent. — Unter Umständen aber infiltrirt sich die zwischen den Knoten liegende Haut, schwillt an, verhärtet sich, wird warzenartig und nimmt das Aussehen des Lupus an. Dieser lupusartigen Hypertrophie begegnet man vorzugsweise an den Ohren, den Lippen, der Vulva etc. Seine Folgen sind Substanzverluste der Haut, mehr oder weniger tiefe Schrammen, Verstümmelungen etc. Die dominirenden Charaktere desselben sind das heimtückische Auftreten, die Hartnäckigkeit des Bestandes, die Häufigkeit der Recrudescenz und Recidiven. Man hat dergleichen Syphilide gesehen, die 6, ja 10 Jahre alt waren. Die Recidive manifestiren sich entweder durch das Entstehen gleicher Gebilde an anderen Regionen oder durch Entstehen eines Knotens in situ, auf der Narbe selbst.

Von gummösen Erkrankungen an den Knochen kennt man eine periostale Gummigeschwulst, sowie eine gummöse Ostitis und Osteomyelitis. Allerdings kommt es selbst in späteren Stadien der Knochensyphilis oft nur zum syphilitischen Tophus, der vielfach selbst nach Jahren noch zur Resorption gelangt; in anderen Fällen entsteht eine völlig ossificirende Periostitis, wobei Form und Grösse, analog derselben auf nicht luetischer Basis, ausserordentlich wechseln können, so dass sich theils nur Osteophyten, theils aber auch geradezu Exostosen und Hyperostosen bilden, oder die auch einen suppurativen Charakter annehmen kann, die in ihrem Ausgang, dem Entstehen einer Vernarbung durch Bindegewebsneubildung nach vorgängiger Abstossung oder entzündlicher Atrophie alles Krankhaften mit Einziehung und Verwachsung der Haut, der eigentlich gummösen Periostitis schon sehr nahe kommt, namentlich wenn der unter dem Periost befindliche Eiter sich zu einer käsigen Masse eindickt; und es wird selbst vom anatomischen Standpunkt schwer sein, die scharfe Grenze zu

ziehen, wo die einfach entzündlichen Vorgänge aufhören und das specifische Wesen beginnt. Noch weniger mag diese Entscheidung der klinischen Beobachtung gelingen, obgleich sich im weiteren Verlauf einer periostalen Geschwulst bestimmte Anhaltspunkte finden. Vorzüglich ist hier jener Hergang von Bedeutung, den man Caries sicca bezeichnet. Es geht nämlich in diesem Falle die gummöse Entwickelung der periostalen embryonalen Bindegewebsgeschwulst in gewöhnlicher Weise vor sich; die in grösserer Menge proliferirten zelligen Elemente gehen durch fettige Metamorphose zu Grunde und bleiben als käsig eingedickte, dem Tuberkel ähnliche Massen in einem mehr oder weniger ausgebildeten Bindegewebsstroma als todtes Material liegen, das zum Theil auf Kosten der umliegenden, präexistirenden und in den Process mit hineingezogenen Gewebsbestandtheile gebildet wurde. Bis zu diesem Stadium ist die Geschwulst von einem einfachen oder ossificirenden oder abscedirenden Tophus kaum zu unterscheiden. Aber indem nun nach und nach jene durch fettige Degeneration entstandenen Massen auf dem Wege der Resorption verschwinden, tritt der durch die Theilnahme der oberflächlichen Knochenschichten bedingte Substanzverlust in den Vordergrund und an die Stelle der vorherigen Geschwulst eine merkliche Depression, welche an platten Knochen, wie jene des Schädels, meist noch ringsum von einem leichten Knochenwall umgeben sind. In dieser Weise ist gleichsam auf ganz trockenem Wege, und ohne dass jemals eine eigentliche Eiterung und Abscedirung stattgefunden, analog gewissen oberflächlichen serpiginös-tuberculösen Syphiliden der Haut ein Ausgang gefunden worden, der sonst nur nach peripherischer Caries oder nekrotischer Elimination der äusseren Knochenrinde zu entstehen pflegt. — Tritt aber nach der käsigen Metamorphose der periostalen, gummösen Neubildung rasche Zerstörung mit Eiterbildung in der Umgebung und Durchbruch nach irgend einer Seite hin ein, so wird es wenigstens klinisch nicht gut möglich sein, solche Vorgänge von der einfachen suppurativen Periostitis hinreichend zu trennen. (Geigel, Geschichte, Pathologie und Therapie der Syphilis pag. 279.)

Die eigentlich gummöse Ostitis und Osteomyelitis ist selten zur Beobachtung gekommen. Es genüge, Virchow, (Onkologie, Bd. II, pag. 405) anzuführen: wenn die Reizung der der syphilitischen Periostitis parallel stehenden syphilitischen Ostitis und Osteomyelitis eine gewisse Höhe erreicht hat, so entstehen auch hier gummöse Bildungen mit käsigem Zerfall, innerhalb deren das Knochengewebe abstirbt (Nekrose), während sich um sie herum demarkirende Vorgänge (Eiterung, Granulationsbildung, Osteosklerose) gestalten.

Gehen wir über zu den Gummigeschwülsten der Muskeln, so dürften diese wohl das meiste Interesse beanspruchen, da sie am häufigsten eine Verwechslung erleiden. „Besonders die Muskeln der oberen Extremitäten, des Nackens und des Halses, sind der Gefahr ausgesetzt. Die Gummigeschwülste werden hier zuweilen sehr gross, erreichen einen Durchmesser von mehreren Zollen, fühlen sich hart an und erscheinen auf Durchschnitten als röthlich-weisse, reinweisse oder gelbweisse, leicht streifige, jedoch gewöhnlich nicht trockene Einlagerungen. Die mikroskopische Untersuchung lehrt eine feinzellige, überaus dichte Granulation des intramuskulären Bindegewebes mit frühzeitiger, fettiger Degeneration, unter welcher letzteren die Zellen vollständig verschwinden und nur eine feinkörnige fettreiche, scheinbar strukturlose Masse zurückbleibt.“ (Virchow.) Doch scheint auch in den Gummigeschwülsten der Muskeln eine so rasche Verflüssigung und eitrige Zerfliessung eintreten zu können, dass mehrfache perforirende und am Ende verjauchende Abscesse entstehen. Das am häufigsten zur Beobachtung kommende Muskelgumma ist das der Zunge. Man findet, wenn die Schleimhaut mit erkrankt ist, in der mehr oder weniger geschwollenen eine oder mehrere dem Zungenrücken nahe liegende, rundliche harte, nach dem Zungenrücken hin abgeplattete Geschwulst, auf welcher die Zungenschleimhaut spiegelartig glatt und glänzend aufliegt; sehr schwierig ist aber die Differenzialdiagnose vom Carcinom, wenn eine harte Gummigeschwulst tief in der Zungensubstanz ihren Sitz hat und die Zungenschleimhaut gesund erscheint. Fournier (Affections tertiaires de la langue. Gaz. hébdom. de méd. et de chir., No. XXXVII) sagt über die

Gummata der Zunge unter Anderem: Ihr Aussehen, ihre Entwickelung und ihr Verlauf ist derselbe wie bei den Gummata der Haut. Charakteristisch für dieselben ist, dass sie fast ausnahmslos am Rücken der Zunge vorkommen und wenn sie auch mitten im Muskelgewebe entstehen, so streben sie in ihrer weiteren Entwickelung stets gegen den Rücken. Ihre Zahl ist 1—4, selten mehr, ihre Grösse variirt von Mohnkorn- bis Erbsengrösse beim Sitze in der Schleimhaut, von Mandel- bis Nussgrösse beim Sitze in der Muskulatur. Ist das Gumma einmal aufgebrochen, so entsteht ein tief ausgehöhltes Geschwür mit steilen Rändern, harter Peripherie und gangränösem Grunde.*)

Es bleiben uns nunmehr noch die Gummata der oben erwähnten drüsigen Organe, des Hodens, des Eierstocks und der Brustdrüse übrig; indessen sind die Fälle, die die gummöse Erkrankung der beiden letzteren behandeln, so selten und so wenig begründet, dass es uns zu weit führen würde, hier darauf näher einzugehen.

Ueber die Gummigeschwulst des Hodens jedoch ist Genaueres bekannt; sie ist eine Fortsetzung der einfachen syphilitischen Orchitis. Die Erkrankung geht von der Albuginea und deren Fortsetzungen aus und führt zu einer entzündlichen Wucherung von jungen Zellen und jungem Bindegewebe auf der Innenfläche der Albuginea und zwischen den Samenkanälchen. Unter dem Druck dieser Wucherung, welche sich später retrahirt und eine derbe schwielige Beschaffenheit annimmt, schwindet die eigentliche Drüsensubstanz; neben jener Wucherung der Albuginea bilden sich in dem erkrankten Hoden feste Knoten von trockner, weisslich-gelber Beschaffen-

*) Auch am Gefässsystem tritt die gummöse Erkrankung auf; an den Venen zwar scheinen bis jetzt Gummata von grösserem Umfang noch nicht beobachtet zu sein und auch von der diffusen gummösen Phlebitis liegen erst wenige Fälle vor (cfr. Langenbeck's Archiv XXVI, 1881, pag. 279), dagegen ist es bekannt, dass die Arteriitis gummosa nicht allein an den kleinen Hirngefässen, sondern auch an grösseren Arterien wie an der Carotis mit Ausgang in Obliteration beobachtet worden ist; jedoch da niemals sich äusserlich hervortretende Geschwülste gebildet haben, so liegen dieselben wohl ausserhalb des vorliegenden Thema!

heit, die auf dem Durchschnitt die der Gummigeschwulst specifische Struktur am deutlichsten zeigen. Die Symptome sind eine langsam fortschreitende, meist schmerzlose Vergrösserung des betreffenden Hodens, derselbe wird auffallend hart, verliert seine regelmässige Form und verfällt schliesslich meist einer hochgradigen Atrophie.

Nach dieser kurzen Besprechung des Verlaufs der für die chirurgische Diagnose am meisten in Frage kommenden gummösen Geschwülste wollen wir zu unserem Ausgangspunkt, der Diagnostik derselben, zurückkehren und es liegt uns nunmehr die Frage vor: giebt es Fälle, in denen es unmöglich sein kann, eine bestimmte Diagnose mit Sicherheit zu stellen und jedwede andere Neubildung auszuschliessen?

Charles Drysdale sagt darüber in kurzen Worten: „Die Diagnose der Syphilis beruht in unklaren Fällen auf dem Ensemble der Erscheinungen; gummöse Tumoren sind gewöhnlich, aber nicht immer diagnosticirbar. Und in diesem Ausspruch dürfte wohl das einzig Richtige zu finden sein; Gummata sind in der unendlichen Mehrzahl der Fälle als solche zu erkennen; aber es kann vorkommen, dass erst eine zum Zweck der Feststellung der Diagnose eingeleitete Jodkalibehandlung den erwünschten Aufschluss zu geben vermag.

Und dies möge in Kurzem seine Begründung finden.

Wir haben hervorgehoben, dass das ätiologische Moment der gummösen Geschwülste immer in der Lues zu suchen sei und mithin könnte wohl behauptet werden, dass jede differentielle Diagnose von vornherein ausgeschlossen sei, wenn der Verdacht auf vorausgegangene syphilitische Infektion durch die Anamnese, oder durch den subjektiven Befund bestätigt würde; leider fehlen jedoch häufig einerseits sämmtliche Anhaltspunkte, weder am Penis, noch in der Schenkelbeuge, noch sonst wo am Körper sind irgend welche Narben abgeheilter luetischer Affektionen zu finden und andererseits wird theils aus Unkenntniss oder Vergesslichkeit des Patienten oder aus Scham jedwede frühere syphilitische Infektion beharrlich geleugnet, so dass man oft sich genöthigt sieht, auf die Anamnese keine Rücksicht zu nehmen. Indessen selbst bei zugestandener Syphilis lässt sich doch bisweilen aus einem anderen

Grunde die Diagnose mit absoluter Sicherheit nicht stellen, da es verbürgte Thatsache ist, dass Carcinome, die überhaupt gern auf alten Narben ihren Sitz aufschlagen, sich auch auf solchen syphilitischen Ursprungs gern etabliren; namentlich ist dies bei vorausgegangenen gummösen Zungengeschwülsten mehrfach beobachtet und beschrieben worden, besonders bei recht vernachlässigter Syphilis; ja Langenbeck hat sogar neben darauf bezüglichen Fällen zwei Beobachtungen mitgetheilt, in denen Gummata und Carcinome zu gleicher Zeit an der Zunge sich fanden, von denen die ersteren nach Jodkalibehandlung heilten, während die letzteren den schliesslichen Exitus lethalis herbeiführten.

Man sieht daraus, dass einer der wichtigsten Stützpunkte für die Diagnostik, die Feststellung der Aetiologie, hier verloren gehen kann.

Was nun den histologischen Bau anlangt, so muss man es gewiss den schöpferischen Untersuchungen Virchow's Dank wissen, dass er die Einheit in der Vielheit erkannt und fand, dass die wechselvollen Gestaltungen der durch das syphilitische Contagium angeregten Störungen fast aller Organe und Theile des Körpers ihrem Wesen nach auf die mehr oder weniger deutliche Vollendung einer und derselben specifischen Neubildung, eben der Gummigeschwulst, hinauslaufen, indessen eben diese Vielseitigkeit der gummösen Geschwülste im Allgemeinen, deren Entwicklung und Verlauf nicht zum kleinsten Theil von der Verschiedenheit des Mutterbodens abhängt, lässt es erwarten, dass es genugsam Fälle geben wird, in denen die Diagnose auf Schwierigkeiten stossen wird. Schränkt doch Virchow selbst mehrfach im Verlauf des ganzen grossen und ausführlichen Kapitels, in dem er über die Granulationsgeschwülste spricht, das Resultat seiner Forschungen erheblich ein, indem er schreibt, dass specifische Elemente und ein so beständiger Bau, dass man in jedem Falle daraus im Stande wäre, daraus mit vollkommener Sicherheit die Diagnose zu bestimmen, seiner Ansicht nach in den Gummata nicht vorhanden seien. Und weiterhin: „Freilich hat die Neubildung ein eigenthümliches, bis zu einem gewissen Grade specifisches Gepräge, aber ich kann dies nicht mit Robin und

Wagner in der Zahl, Anordnung oder Beschaffenheit der Zellen oder Kerne finden, sondern vielmehr darin, dass die Zellen, gleichviel welche Zahl und Entwicklungshöhe sie erreichen (und es ist dies in den einzelnen Fällen ausserordentlich verschieden), eine überaus hinfällige, ich möchte sagen, elende Beschaffenheit haben, dass sie einem schnellen Zerfall entgegen gehen und dass dieser Zerfall in der Regel durch eine unvollständige, häufig käsige Fettmetamorphose zu Stande kommt. Nichts charakterisirt das Gummigewächs mehr als diese gelben, trüben, todten Massen, welche oft noch von jungem, zahlreichem, wucherndem Gewebe umgeben sind. Aber auch das ist nichts im strengen Sinne Specifisches; es findet sich bei vielen anderen Processen, z. B. bei der atheromatösen Degeneration der Arterien, die doch gewiss häufig mit Syphilis gar Nichts zu thun hat. Wenn ich trotzdem das Gummigewächs als das specifische Produkt der Lues bezeichne, so geschieht dies, weil an vielen Organen, die gerade für die Syphilis Prädilektionsorte sind, nichts Aehnliches vorkommt und weil gerade das Gummigewächs meiner Auffassung nach der vollen Wirkung des specifischen Virus seine Entstehung verdankt."

Also auch Virchow hebt als das charakteristische, einzig bezeichnende Moment die Aetiologie hervor, während er im Uebrigen die Uebereinstimmung mit vielen anderen Processen zugiebt. — Am meisten denkt er dabei wohl an die Sarkome; sagt er doch am Eingang seines Kapitels: man könnte geneigt sein, sie als eine Unterabtheilung der Sarkome zu führen, mit deren kleinzelliger Varietät sie manche Verwandtschaft haben; es giebt in der That Fälle, wo eine Unterscheidung Beider höchst schwierig ist! Und weiterhin: sie (die käsige Verdichtung der Sarkome) ist am schwierigsten zu unterscheiden von der Verkäsung syphilitischer Gummigeschwülste. Ja, ich kann nicht leugnen, dass es Fälle giebt, in denen ich vom blos anatomischen Standpunkte aus eine sichere Grenze zwischen Gummata und käsigen Gliosarkomen nicht zu ziehen weiss (pag. 261).

Wenn somit selbst dem Anatomen Schwierigkeiten erwachsen, die genaue, sichere Unterscheidung festzustellen,

wie viel leichter kann das dann dem Chirurgen geschehen, dem es vielfach sogar nicht einmal möglich ist, vor einer Operation Theile der Geschwulst mikroskopisch untersuchen zu können, um sich sein Urtheil zu bilden.

Wir haben oben auch den typischen Krankheitsverlauf des Gumma im Allgemeinen nach Fournier, dem ja im Hospital des vénériens in Paris eine ungeheure Menge von Material zu Gebote gestanden hat, geschildert; was kann dies aber in unserem Falle nützen. Denn einen derartigen Verlauf kann wohl ein Syphilidologe beobachten, dem der Patient bereits mit schweren luetischen Störungen behaftet zugeht und der ihn nunmehr einer längeren Behandlung und Beobachtung unterziehen kann, doch nimmermehr der Chirurg, zu dem ja in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle die Kranken erst um Hülfe und Heilung kommen, wenn bereits das Stadium der Ulceration eingetreten, oder doch mindestens ein oder mehrere derbe Knoten vorhanden sind. Und dann ist oft die Diagnose besonders von Carcinom sehr schwer zu unterscheiden. Finden sich mehrere Gummigeschwülste gleichzeitig vor, oder sind Spuren früher überstandener Syphilis nachzuweisen, so wird eine Verwechslung mit anderen Geschwülsten nicht so leicht vorkommen. Wenn aber bei relativ guter Gesundheit nur eine Geschwulst sich vorfindet und jede frühere specifische Erkrankung entschieden geleugnet wird, so ist es verzeihlich, wenn der Chirurg zum Messer greift und zu spät seinen Irrthum erkennt. Und im Anschluss daran beschreibt Langenbeck einen Fall mit lethalem Ausgang, indem er eine weiche, fast fluktuirende Geschwulst in der Mitte der linken Tibia, die deutlich aus dem Knochen hervorgewachsen war, ohne von weiteren Knochengeschwülsten begleitet zu sein, exstirpirte, die sich später als Granulom darstellte.

Reihen wir diesen allgemeinen Bemerkungen noch eine kurze Besprechung der Diagnostik der gummösen Geschwülste der oben speciell hervorgehobenen Theile des Körpers an, so haben wir zunächst die Gummata der Haut ins Auge zu fassen.

Die „trockenen gummösen Syphilide" unterliegen wohl ebenso selten, wie die makulösen, papulösen oder pustulösen Syphiliden einer Verwechslung mit anderen Hautkrankheiten,

wegen verschiedener ihnen allein, aber unter einander gemeinsam zukommenden Eigenthümlichkeiten. Dahin gehört vor Allem die auch oben betonte schmutzigrothe oder kupferrothe Farbe, die das Produkt eines nur mässigen Grades von aktiver Hyperämie mit nachträglicher Gefässerweiterung, Transsudation von Blutfarbstoff und dunklerer Tingirung der durch die Epidermis hindurchscheinenden Schichten, Exsudate oder Hyperplasieen; ferner ihre Polymorphie und Metaschematismus, d. h. man trifft sowohl an einem Kranken zu derselben Zeit verschiedene Efflorescenzen als auch sieht man die eine Exanthemform aus der anderen häufig sich hervorbilden; auch die völlige Schmerzlosigkeit ist meist ein Stützpunkt der Diagnose.

Anders verhält es sich dagegen mit den ulcerativen Processen der Haut. Diese Form kann nach Drysdale sowohl mit perforirender Scrophulose als auch mit Carcinom verwechselt werden. „Scrophuliden haben Eigenthümlichkeit betreffs der Farbe des Ausschlags, des Eiters und des Entzündungshofes; das Epitheliom beginnt mit einem warzigen Geschwür, welches lange Zeit ohne Eiter bleibt und das Geschwür zeigt aufgeworfene oder umgelegte Ränder. Wenn es zur Vernarbung kommt, so sind die Narben markirter.“ — Dennoch dürfte gerade hier eine Differentialdiagnose schwer zu entscheiden sein, denn wie das Gumma selbst, so zeigt auch das epitheliale Carcinom in seinem Verlauf die mannigfaltigsten Verschiedenheiten, besonders da auch bezüglich der Localität ihres Auftretens kein Unterschied besteht. Am unsichersten erscheint wohl dieselbe bei Auftreten zweifelhafter Geschwüre am Penis. „Die Diagnose des Carcinoms ist zuweilen wegen der Verwechslung mit syphilitischen Ulcerationen und gummösen Affektionen schwierig. Die mikroskopische Untersuchung kleiner, zu diesem Zweck abgeschnittener Partikelchen lässt, wie wir erfahren haben, die Diagnose ebenfalls nicht immer mit absoluter Sicherheit stellen.“ (Koenig, spec. Chirurg. Bd. II, pag. 551.)

Was nun die gummösen Erkrankungen der Knochen anlangt, so „unterscheiden die syphilitischen Entzündungen, Caries und Nekrose etc., sich histologisch in Nichts von den einfachen

Affektionen dieses Namens" (Rindfleisch) und „da es Fälle von Knochensyphilis giebt, welche sogar gegen das gewöhnlich so sichere Mittel, Jodkalium, in einer Art renitent sind und das den Knochen und die Haut gleichzeitig befallende Geschwür so unaufhaltsam um sich frisst, dass man in der Diagnose zweifelhaft werden, ein Carcinom vermuthen kann" (Koenig), so ist es klar, dass auch bei diesen Affektionen ein anderes Uebel vorgetäuscht werden kann; indessen in der Regel besitzt man ein ziemlich sicheres diagnostisches Merkmal in den fast niemals fehlenden Knochenschmerzen, den dolores osteokopi; selten auch sind diese späten Erscheinungen langjährig vorhandener Syphilis derart isolirt, dass man auch nicht einen einzigen weiteren Anhaltspunkt finden sollte und endlich ist auch der Verlauf selbst meist so charakteristisch, dass man fast immer den wahren Grund des Leidens zu erkennen vermag und Fälle, in denen bei Knochensyphilis eine falsche Diagnose gestellt worden sein soll, sind in der Literatur sehr selten.

Ueber die Gefahr der Verwechslung der Muskelgummata mit anderen Geschwülsten haben wir bereits oben gesprochen. Virchow sagt darüber: „Untersucht man in einer früheren Zeit mikroskopisch, so trifft man eine überraschende Masse kleinerer, meist runder, einkörniger Zellen, wie in der ausgesprochenen Granulation. Dieses zellige Stadium dauert bei den Muskelgummata länger, als an irgend einer anderen Art von Gummigewächsen, und da zugleich der grosse Umfang dieser Bildungen sie den vollkommensten Geschwulstformen an die Seite stellt, so liegen Verwechslungen mit anderen Geschwülsten, namentlich kleinzelligen Sarkomen überaus nahe."

Bezüglich der Differenzialdiagnose der Zungengummata vom Krebs, schreibt Ricord in seiner Schrift „Des affections syphilitiques de la langue" (L'union méd. No. 56): Der Krebs ist solitär, unilateral. Die Gummata sind multipel, kommen rechts und links vor. Der Krebs ist schmerzhaft, die Gummata sind indolent. Die Gummata, sei ihr Alter, welches immer, erzeugen keine Adenopathien, selbst nicht im Stadium der Erweichung und Ulceration. Der Krebs ist stets, besonders aber im Stadium des Zerfalles von Drüsenanschwellungen

begleitet: „die Krebsgeschwüre haben gar keine Aehnlichkeit mit den graulichen, gummösen Ulcerationen.“ Und Fournier (Diagnostic différentiell des affections tertiaires de la langue, Gaz. hébdom de méd. et de chir. No. 43): „Das Krebsgeschwür ist mehr schwammig, blutet leichter, ist weniger grau als das gummöse Geschwür; es hat weniger steile Ränder, ist nicht so stark mit nekrotischen Gewebsmassen bedeckt, granulirt weniger; sein Secret hat einen schlechteren Geruch, die localen Störungen sind ausgesprochener und der durch dasselbe verursachte Schmerz ist lebhafter.“ Dass selbst bei Kenntniss aller dieser Verschiedenheiten doch die Diagnose noch immer zweifelhaft sein kann, giebt Fournier selbst zu, denn er fügt weiter hinzu: „Hat man dennoch Zweifel, so appellire man, bevor man zum Messer greift, an die Therapie.“ Und Koenig: „Ihre Diagnose (Zungengummata) ist zuweilen gegenüber dem tiefen Abscess, der Cyste, einerseits, dem Carcinom andererseits nach der ersten Untersuchung kaum zu machen. So lange sie geschlossen sind, ist allerdings bei mangelnder Anamnese eine sichere Abgrenzung gegen die als Knoten beginnende Form des Carcinoms, wie gegen die chronischen Abscesse nicht möglich und nach dem Aufbruch ist wohl zuweilen die gummöse Geschwürsform gegenüber dem Carcinom mit papillärer Oberfläche und mit der durch käsige atheromatöse Massen kenntlichen Zerklüftung sofort zu unterscheiden, da aber diese charakteristischen Kennzeichen des Geschwürsbodens beim Carcinom fehlen können, so bleiben immer noch Fälle übrig, in welchen die Diagnose zweifelhaft gehalten werden muss.“

Bisweilen dürfte auch eine lupöse Erkrankung der Zungenschleimhaut diagnostische Schwierigkeiten bereiten.

Endlich sei es erlaubt, betreffs der Sarcocele syphilitica, die, wenigstens in früherer Zeit, mehrfach mit anderen Hodengeschwülsten wie Tuberculose, Epididymitis und anderen, verwechselt worden war, anzuführen, was schon Ricord seinen Schülern lehrte: „Die syphilitische Sarcocele kann oft complicirt und ihre Diagnose dann sehr dunkel sein; daher man bei zweideutigen Hodenkrankheiten nach dem vorherigen Befinden der Kranken sich genau erkundigen und bevor man

diese Organe zur Amputation verdammt, an das weise Benehmen Dupuytren's sich erinnern muss; der, ehe er zur Operation schritt, seine Kranken einer antisyphilitischen Behandlung unterwarf und auf diese Weise sehr viele Testikel rettete, die von Anderen amputirt worden wären."

Und was Ricord und Dupuytren von der syphilitischen Erkrankung des Hodens sagten, gilt noch heute bezüglich sämmtlicher gummöser resp. syphilitischer Affektionen, die nur zu leicht, wie wir gesehen haben, für andere bösartige Neubildungen gehalten werden können, um so mehr, als es bekannt ist, dass selbst veraltete und sehr umfangreiche Gummigeschwülste nach Einleitung einer specifischen Behandlung zur Resorption schnell zu gelangen pflegen.

Nachstehende Fälle mögen hierzu als Illustration dienen:

I. Fall.

(Beobachtet auf der chirurgischen Poliklinik zu Breslau.)

Eine 38jährige kräftige Frau stellte sich in der Poliklinik vor mit einem unregelmässigen Geschwür der linken Zungenhälfte. Das Geschwür war bedeutend vertieft, zeigte indurirte wallartige Ränder, Drüsen waren nicht geschwollen. Syphilis wurde geleugnet, auch keine Spuren von Lues sonst zu finden.

Da die Herbstferien sich ihrem Ende näherten, sollte der Fall, welcher für ein Carcinoma epitheliale gehalten wurde, zu Anfang des Semesters operirt werden. Man gab jedoch der Patientin Jodkali (5,0 : 200,0). Als sich die Kranke nach acht Tagen wieder vorstellte, war nach Gebrauch von 10,0 Jodkali eine beginnende Heilung des Geschwürs zu constatiren. Eine fortgesetzte antisyphilitische Kur führte zur vollkommenen Heilung.

II. Fall.

(Beobachtet auf der chirurgischen Poliklinik zu Freiburg.)

Ein 34jähriger Mann von blassem Aussehen kam in die Poliklinik zu Freiburg angeblich mit einem recidivirenden Carcinome der Unterlippe. Vor einigen Monaten war wegen eines gleichen Leidens eine keilförmige Excision aus der Unterlippe gemacht worden. Das neue unregelmässig buchtige

Geschwür sass neben der Narbe, war sehr schmerzhaft, blutete leicht.

Eine genaue Untersuchung des Patienten ergab vielfache Zeichen der Lues: strahlige Narben am Gaumen und Pharynx, Drüsenanschwellungen u. s. w. Eine antiluetische Kur führte zur Heilung des Geschwürs.

III. Fall.

(Beobachtet auf der chirurgischen Klinik zu Freiburg.)

Herr X., ein 65jähriger pensionirter Beamter, erkrankte im Jahre 1877 an allen Erscheinungen eines schnell wachsenden Carcinoms der Oberlippe mit Drüseninfiltration am Unterkiefer. Die Operation, Beseitigung des Geschwürs mit nachfolgender Plastik und Exstirpation der Drüsen, führte zu einer schnellen Heilung. — Nach etwa einem Jahre zeigte sich eine schmerzhafte Infiltration der Narbe; gleichzeitige Geschwürsbildung am linken Unterschenkel an der vorderen Seite der Tibia. — Eine genaue Untersuchung des Patienten, der jede Infektion in Abrede stellte, ergab Auftreibung der rechten Tibia, Knochenschmerzen Nachts, indurirte Inguinaldrüsen.

Der längere Gebrauch von Jodkalium führte zur vollständigen Heilung.

IV. Fall.

(Beobachtet auf der chirurgischen Klinik zu Würzburg.)

Elisabeth Kassner, eine 64jährige Tagelöhnersfrau, bekam vor einem halben Jahre auf der Stirn eine Geschwulst, die langsam wuchs, von selbst aufging und Eiter entleerte. Patientin zeigte über dem Arcus supraorbitalis des rechten Auges ein 3 cm langes und 1½ cm breites Geschwür mit flachen Rändern, die unregelmässig ausgebuchtet sind, mit speckig belegtem Grund, geringe Menge Eiter secernirend. Eine Verkleinerung war nie eingetreten, am Körper fanden sich nirgend Erscheinungen von Lues. Die mikroskopische Untersuchung ergab jedoch Granulom. Daraufhin wurde Jodkali verordnet und innerhalb 14 Tagen vernarbte das Geschwür vollständig.

V. Fall.

(Beobachtet auf der chirurgischen Klinik zu Breslau.)

Herr X., ein kräftiger Mann, 38 Jahre alt, bemerkte ein ohne nachweisbaren Grund entstandenes Geschwür des Penis

an der Corona glandis. Patient wusste Nichts von einer Infektion, welche abzuleugnen kein Grund vorlag. Das Geschwür wuchs trotz verschiedener Behandlung langsam weiter, zerstörte einen Theil der Glans. Der vertiefte Grund und die Ränder zeigten unregelmässig harte Excrescenzen, wie bei einem Epithelialcarcinom. Ein Stückchen dieser Masse excidirt und von einem bewährten pathologischem Anatomen untersucht, liess die Diagnose auf Carcinoma epitheliale so wahrscheinlich erscheinen, dass der vordere Theil des Penis mit der galvanocaustischen Schneideschlinge abgetragen wurde. Nach schneller Heilung der Wunde trat eine makulöse Syphilis auf, Drüsenanschwellungen u. s. w., welche auf Anwendung einer Schmierkur rasch verschwanden, ebenso eine leichte Induration der Operationsnarbe.

VI. Fall.

(Beobachtet auf der chirurgischen Klinik zu Breslau.)

Zielewicz berichtet (Langenbeck's Achiv Bd. XII, pag. 585) in seiner Abhandlung „Ueber die Amputation des Penis" folgenden Fall (6).

Carl R. Kämmerer, 54 Jahre alt, aus Namslau. Ulcus penis carcinomatosum. Amputation mit der Schneideschlinge. Genesung.

Die Amputation wurde am 14. Juni 1866 mit einem Element ausgeführt. Heilung ohne jedes Fieber, Urinlassen vom ersten Tage an frei. Patient wurde auf sein Verlangen am 24. Juni fast geheilt entlassen. Das im Museum aufbewahrte Präparat stellt einen Tumor dar, der an dem Durchschnitt den areolären Bau des Carcinoms nicht zeigt. Mikroskopisch keine ausgebildeten Massen nachweisbar, weder in der Eichel noch im Praeputium. Das Ganze gewährt mehr das Bild eines chronischen Geschwürs mit leicht zerfallenden Granulationen. An der Spitze der Eichel sind die Papillen enorm gewuchert, doch setzen sich von da keinerlei Epithelialzapfen in die Tiefe fort. Das Praeputium verdickt wie speckig infiltrirt. Soweit Zielewicz.

Derselbe Patient, welcher jede Syphilis geleugnet hatte, bekam später Gummata der Schädelknochen mit Knochen-

nekrose, gestand dann die luetische Infektion ein. Heilung durch Schmierkur.

Die oben von Zielewicz gegebene kurze mikroskopische Untersuchung dürfte wohl auch schon für Gumma sprechen.

VII. Fall.

(Beobachtet auf der chirurgischen Klinik zu Freiburg.)

Ein 69jähriger Mann wurde mit einem Geschwür der Glans penis aufgenommen, welches angeblich nach einer Verletzung mit einem Baumast entstanden war. Das Geschwür hatte sich in 4 Monaten entwickelt, die Eichel war ganz zerstört, das Uriniren durch warzige Excrescenzen behindert. — Es wurde der vordere Theil des Penis mit der Schneideschlinge in der bekannten Weise mit nachfolgender Umsäumung der Harnröhrenmündung abgetragen. Die mikroskopische Untersuchung zeigte kein Carcinom, sondern alle Zeichen eines zerfallenden Gumma (harten Schankers). Patient gab dann auch die Infektion zu und machte noch eine antisyphilitische Kur durch.

Waren in den vorstehenden 7 Fällen die betreffende Gummata mit Carcinom verwechselt worden resp. diese Verwechslung nahe gelegen, so mögen noch 2 Fälle folgen, die eine solche mit Sarcom zu bieten geeignet waren.

VIII. Fall.

(Beobachtet auf der Poliklinik zu Freiburg.)

Eine junge Frau, 24 Jahre alt, kam in die Poliklinik mit einem grossen Tumor der rechten Clavicula; derselbe sollte sich unter heftigen Schmerzen nach einem Stoss innerhalb 5 Wochen entwickelt haben. In der letzten Zeit waren die Schmerzen geringer, aber der Tumor noch gewachsen. Die Haut war über dem Tumor verschieblich. Die Nackendrüsen auf den beiden Seiten des Halses schmerzlos indurirt.

Längerer Gebrauch von Kalium jodatum führte zur völligen Heilung.

IX. Fall.

(Beobachtet auf der chirurgischen Klinik zu Würzburg.)

Kuhn, Margarethe, 45 Jahre alt, Postbotenswittwe von Weigoltshausen.

Anamnese: Erblich Nichts festzustellen, bisher stets gesund. Vor einem Jahre schwoll die rechte Wange innerhalb 14 Tagen zu einer faustgrossen Geschwulst an, die aufbrach, eine grosse Menge Eiter entleerte und in wenigen Tagen mit Zurücklassung einer jetzt noch vorhandenen harten Verdickung in und am Masseter verheilte. Vor ¼ Jahr bildete sich in der Gegend des rechten Sternoclaviculargelenkes eine kleine harte Geschwulst, welche ganz allmählich ohne Schmerzen bis zur jetzigen Grösse anwuchs. Die Beschäftigung der Patientin an einer Dreschmaschine verursachte mehrere Male auf der Oberfläche durch mechanischen Druck eine entzündliche Infiltration der Haut; bereits 5 Jahre hindurch hat Patientin je 4 Monate lang dieser Art von Arbeit, bei welcher sie Strohbündel gegen die afficirte Stelle andrückte, oft derart, dass Excoriation entstanden, obgelegen.

Patientin trat ins Spital am 5. Oktober 1883 mit der Diagnose einer malignen sarcomatösen Neubildung.

Status praes. Kräftige, muskulöse, mittelgrosse, sonst gesunde Frau. — An der rechten Wange in der Gegend des Masseter fühlt man eine knochenharte Verdickung von etwa 2 cm Durchmesser, welche genau die Ausdehnung des Masseter und Pterygoid. int. einnimmt. Die äussere Haut wie die Schleimhaut sind darüber verschieblich; der Mund kann jedoch nur um wenige mm geöffnet werden; die Bewegungen des Unterkiefers von vorn nach hinten sind ausgiebig und leicht, die seitlich beschränkt und nur unter Schmerzen möglich. — Die Geschwulst an der Brust ist kindsfaust gross, liegt vor der Articul. sternoclavicularis dextr. und reicht

nach Links mit einem spitz zulaufenden Fortsatz bis zur Articul. sternoclavic. sinistr.;

nach Unten mit einem nach Rechts-Unten verlaufenden breiten Fortsatz bis zum oberen Rand der II. rechten Rippe;

nach Oben mit einem spitz zulaufenden Fortsatz in den rechten Sternocleidomastoideus bis zur Höhe des Ringknorpels, jedoch nur in der Portio sternalis;

der Längsdurchmesser betrug 8,0 cm;

der Querdurchmesser 6,5 cm.

Auf der Höhe des Tumor erscheint die Haut blauroth verfärbt und von einer kleinen Borke bedeckt und mit der Unterlage fest verwachsen. Die Consistenz ist knorpelhart. Auf der Unterlage — Sternum, Clavicula, costa — ist die Geschwulst gar nicht beweglich, vielmehr mit derselben innig verwachsen, resp. von derselben ausgehend. Das Jugulum sterni ist von der Geschwulst mit ausgefüllt, retrosternal scheint sich dieselbe jedoch nicht fortzusetzen.

Therapie: Feuchtwarme Umschläge, Jodkali innerlich.

den 12. Octbr. Der nach Rechts-Unten reichende Fortsatz ist heute auf der Unterlage leichter beweglich als früher;

den 21. Octbr. Der nach Rechts-Unten reichende Fortsatz ist leichter verschieblich geblieben, der übrige Theil des Tumor hat seine Unbeweglichkeit zur knöchernen Unterlage behauptet, aber, wie die Maasse ergaben, in seiner Dicke, wohl in Folge des Zurückgehens der entzündlichen Erscheinungen auf der Höhe der Geschwulst um ein Geringes abgenommen. Der Längsdurchmesser beträgt 7,2 cm, der Querdurchmesser 6,0 cm. Die knochenharte Infiltration am Masseter hat sich erheblich erweicht, so dass jetzt die Consistenz nur der eines Fibroms nahe kommt. Patientin verlässt mit 10,0 gr Jodkali das Spital, um ad usum clinicum nach 3 Wochen wiederzukommen.

den 16. Novbr. Die Geschwulst hat erheblich abgenommen, sowohl an Ausdehnung — der Längsdurchmesser 5,0, der quere 4,5 cm — wie auch im dicken Durchmesser. Der obere Fortsatz reicht 1 cm über das Sternum hinaus, der linke bis zu dessen Mitte, der rechte hat an Volumen die Hälfte eingebüsst. Auch die Infiltration am Masseter erscheint weniger voluminös.

Therapie: Schmierkur und Jodkali gleichzeitig.

Die Geschwulst schwand vollständig, ebenso die Infiltration der rechten Wange mit Zurücklassung einer strahligen Narbe.

Zum Schluss erlaube ich mir meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Hofrath Prof. Dr. Maas, für die gütige Ueberlassung der vorstehenden Fälle meinen Dank auszusprechen.

LITERATUR.

Langenbeck's Archiv f. klin. Chir., Bd. XXVI. Ueber Gummigeschwülste (Granulome, Syphilome), B. v. Langenbeck.
Virchow's Archiv, Bd. XV. Ueber die Natur der constitutionell-syphilitischen Affektionen von R. Virchow.
Virchow: Die krankhaften Geschwülste, Bd. II.
Geigel: Geschichte, Pathologie und Therapie der Syphilis.
Drysdale: Pathologie und Therapie der Syphilis; aus dem Englischen übersetzt von Helmkampf.
Canstadt: Jahresberichte 1874, Bd. II.
König: Lehrbuch der spec. Chirurgie.
Rindfleisch: Gewebelehre.